

**К.И. СЕРГАЦКИЙ¹, В.И. НИКОЛЬСКИЙ¹,
М.Л. ПОЛТОРАК², М.А. МИРОНОВ²**



ВАРИАНТЫ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ ПРОМЕЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ

Медицинский институт ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»¹,
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»², г. Пенза,
Российская Федерация

Острый парапроктит является самой частой патологией в практике неотложной хирургической проктологии и составляет до 20-40% в структуре проктологических заболеваний. Острый парапроктит анаэробной этиологии относится к числу жизнеугрожающих заболеваний, уровень летальности составляет 15-40%, а при генерализации процесса достигает 80%. При обширной анаэробной инфекции мягких тканей первостепенной задачей является спасение жизни больного. После выполнения некрэктомии, элиминации анаэробной инфекции и стабилизации состояния пациента возникает необходимость устранения послеоперационных кожных дефектов. Представлено 2 клинических примера выполнения кожной пластики зоны промежности у пациентов после перенесенного острого анаэробного парапроктита. После агрессивных вмешательств при наличии распространенных послеоперационных дефектов кожи промежности у пациентов после перенесенного острого анаэробного парапроктита целесообразно выполнение пластических операций. При наличии оставшегося лоскута кожи мошонки у корня полового члена после перенесенного острого анаэробного парапроктита целесообразно использование данного лоскута для формирования неоскротума. При полном отсутствии кожи мошонки и полового члена после перенесенного острого анаэробного парапроктита целесообразно выполнение модифицированной операции Б.А. Вицина с установкой подкожного экспандера для последующей пластики кожи полового члена.

Ключевые слова: острый парапроктит, анаэробный парапроктит, анаэробная инфекция, дефекты мошонки, кожная пластика области промежности, реконструкция мошонки и полового члена, подкожный экспандер

Acute paraproctitis is the most common disease in practice of emergency proctology and comprises up to 20-40% among patients in the structure of proctologic diseases. Acute paraproctitis of anaerobic etiology refers to life-threatening diseases, the mortality rate makes up 15-40%, and in case of the generalization process it reaches 80%. In case of an extensive anaerobic soft tissue infection the primary aim is to save the patient's life. After necrectomy, elimination of anaerobic infections and stabilization of patient's condition it is necessary to eliminate the postoperative skin defects. Two clinical cases of the skin plasty of the perineum area in patients after the acute anaerobic paraproctitis are described. After aggressive interventions in case of the presence of common postoperative perineal skin defects in patients after the acute anaerobic paraproctitis it is advisable to perform plastic surgery. In the presence of the remaining scrotum skin flap at the root of the penis after the acute anaerobic paraproctitis it is expedient to use the flap to form neoscrotum. In the absence of the skin of the scrotum and penis after the acute anaerobic abscess it is appropriate to perform the modified operation in the manner of B.A. Vitsin with installing the subcutaneous expander for the following plasty of the penis skin.

Keywords: acute paraproctitis, anaerobic paraproctitis, anaerobic infection, scrotal defects, skin plasty of the perineum area, reconstruction of scrotum and penis, subcutaneous expander

Novosti Khirurgii. 2017 Mar-Apr; Vol 25 (2): 206-210

Types of Perineal Skin Plasty in Patients after an Acute Anaerobic Paraproctitis

K.I. Sergatsky, V.I. Nikolsky, M.L. Poltorak, M.A. Mironov

Введение

Проблема лечения острого парапроктита является актуальной. Острый парапроктит является самой частой патологией в практике неотложной хирургической проктологии и составляет до 20-40% в структуре проктологических заболеваний [1, 2]. Острый парапроктит анаэробной этиологии относится к числу жизнеугрожающих заболеваний, уровень летальности составляет 15-40%, а при генерализации процесса достигает 80% [3, 4].

При обширной анаэробной инфекции мягких тканей первостепенной задачей является спасение жизни пациента. После выполнения некрэктомии (порой неоднократных), элиминации анаэробной инфекции и стабилизации состояния пациентов возникает необходимость устранения послеоперационных кожных дефектов [5]. Вследствие этого становятся актуальными вопросы кожной пластики.

Представляем два клинических наблюдения аутопластики зоны промежности у пациентов, перенесших острый анаэробный парапроктит.

Клиническое наблюдение 1

Пациент, 48 лет, обратился в Пензенскую областную клиническую больницу им. Н.Н. Бурденко 26.09.14 с жалобами на боль в заднем проходе, промежности, усиливающуюся при дефекации, нарастающую слабость, гипертермию до 39,5°C, наличие плотного болезненного образования, занимающего всю периаанальную область и зону мошонки.

Анамнез заболевания: заболел две недели назад, когда перенес лигирование геморроидальных узлов по поводу хронического геморроя в одной из негосударственных клиник г. Пензы.

При поступлении во время осмотра: массивный болезненный инфильтрат, отек тканей области промежности справа и слева от ануса до 20 см в диаметре, кожа над которым гиперемирована, горячая на ощупь, мошонка до корня полового члена отечна, болезненна при пальпации, кожа мошонки и периаанальной области с участками влажного некроза.

При осмотре *per rectum* тонус сфинктера повышен, стенки прямой кишки резко болезненны, больше по левой и верхней полуокружностям. Заподозрен острый анаэробный парапроктит, осложненный гнилостно-некротической флегмоной мягких тканей промежности, мошонки.

В общем анализе крови лейкоцитоз ($19,2 \times 10^9/\text{л}$), повышение СОЭ (43 мм/ч), резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

После кратковременной предоперационной подготовки в экстренном порядке был оперирован: под общей анестезией выполнено вскрытие острого гнилостного двухстороннего ишеоректального парапроктита, вскрытие гнилостно-некротической флегмоны тканей промежности, мошонки, некроэктомия, санация, дренирование ишеоректальных областей справа и слева.

В бактериальном посеве мазка, взятого из раны после вскрытия острого парапроктита, была обнаружена культура грамотрицательных палочек *Proteus mirabilis*.

Консервативная терапия в послеоперационном периоде включала антибиотики, обезболивание, ежедневные перевязки (нередко с участием анестезиолога).

Во время расширенных перевязок также выявлены единичные очаги некроза подкожной клетчатки, мышц тазового дна, по поводу чего была выполнена некроэктомия. Последняя расширенная перевязка выполнена 2.10.14.

17.10.14 в удовлетворительном состоянии больной был выписан для продолжения лечения у хирурга амбулаторно для проведения перевязок.

Общий вид раны промежности при выписке из стационара представлен на рисунке 1.

Последующая госпитализация в стационар 20.10.14. При осмотре области промежности обнаружено, что кожа мошонки сократилась и в виде складок частично сохранилась у корня полового члена. Яички покрыты грануляциями, с налетом фибрина. Ткани в области промежности инфильтрированы, малоподвижны, легко кровоточат при пальпации.

На следующий день в плановом порядке оперирован. Первым этапом произведена ревизия кожного лоскута, находящегося у корня полового члена. Размер лоскута признан достаточным для выполнения одноэтапной пластики мошонки. Затем, с большими техническими трудностями, выполнено рассечение рубцовых перемычек, достигнута относительная подвижность яичек, позволяющая укрыть их под кожным лоскутом. Края кожного лоскута сшиты между собой. Сформирована *neoscrotum*. Вновь сформированная полость мошонки дренирована по Редону.

В послеоперационном периоде проводили перевязки, профилактическую антибактериальную и посиндромную терапию. Общий вид промежности на 10 сутки после выполнения реконструктивно-пластической операции представлен на рисунке 2.

Во время перевязки удален дренаж. Кожные швы сняты, выписан в удовлетворительном состоянии на 11-й день после операции под наблюдение и продолжение лечения у хирурга амбулаторно. Рекомендован осмотр колопроктолога через 1-1,5 месяца для решения вопроса о необходимости радикальной операции, направленной на иссечение параректального свища при его наличии.

Самостоятельно у колопроктолога не наблюдался. Вызван по телефону для отслеживания отдаленных результатов спустя 1,5 года с момента пластики. Дата осмотра — 25.04.2016. Вид мошонки и периаанальной области представлен на рисунке 3.

Жалобы на периодические незначительные кровянисто-гнойные выделения из раны в области ануса, диагностирован интрасфинктерный задний свищ прямой кишки (рис. 3Б) — рекомендовано плановое оперативное лечение.

Клиническое наблюдение 2.

Пациент, 34 лет, обратился в Пензенскую областную клиническую больницу им. Н.Н. Бурденко 12.10.13 г. Жалобы на наличие рубцов в зоне промежности, отсутствие возможности половой жизни, неудобства при



Рис. 1. Пациент, 48 лет: вид послеоперационной раны при выписке из стационара



Рис. 2. Пациент, 48 лет: вид промежности на 10-й день после выполнения реконструктивно-пластической операции



Рис. 3. Пациент, 48 лет: вид мошонки (А) и перианальной области (Б) через 1,5 года с момента выполнения реконструктивно-пластической операции. Стрелкой указано наружное отверстие свища прямой кишки.

мочеиспускании. Из анамнеза: находился на лечении в центральной районной больнице Пензенской области с 10.07.13 по 06.08.13 с диагнозом: «Острый анаэробный парапроктит. Гнилостно-некротическая флегмона промежности, мошонки». Перенес ряд операций, направленных на борьбу с анаэробной инфекцией. Последнее оперативное вмешательство около 1 месяца назад: выполнено перемещение яичек в подкожную клетчатку внутренней поверхности бедер слева и справа и перемещение полового члена в подкожную клетчатку над лобком (первый этап операции Б.А. Вицина).

При осмотре: яички перемещены под кожу внутренних поверхностей бедер, половой член уложен в подкожный тоннель над лобком (рис. 4).

Реконструктивная операция выполнена в 2 этапа.

После предоперационной разметки во время первого этапа операции выполнена пластика мошонки кожными лоскутами на ножке с внутренних поверхностей бедер, на этом же этапе выполнена имплантация экспандера в правой подвздошной области подкожно с целью формирования кожного лоскута для пластики кожи полового члена (рис. 5 А).

11.11.2013 г. после постепенного увеличения объема кожи в зоне имплантации экспандера, заживления ран вновь сформированной мошонки (рис. 5 Б) и предоперационной разметки выполнена пластика кожи полового члена перемещенным кожным лоскутом на ножке с передней брюшной стенки из зоны установленного ранее экспандера (рис. 6 А).

Выписан на 12 сутки после последнего этапа реконструктивно-восстановительной операции. Осмотрен спустя 2,5 месяца после последнего вмешательства (рис. 6 Б). Особых

Рис. 4. Пациент, 34 года. Общий вид промежности и передней брюшной стенки при поступлении





Рис. 5. Пациент, 34 года: вид после формирования полости мошонки. А — интраоперационная фотография. Стрелкой указана зона имплантации экспандера. Б — вид через 2 месяца после первого этапа реконструктивно-восстановительной операции.



Рис. 6. Пациент, 34 года: вид после пластики кожи полового члена. А — интраоперационная фотография. Б — вид через 2,5 месяца с момента выполнения второго этапа реконструктивно-пластической операции.

жалоб нет. Эректильная и половая функции восстановлены. Неудобств при мочеиспускании не отмечает.

Позднее в разговоре с пациентом по телефону стало известно, что в начале 2016 года он стал отцом!

Обсуждение

После перенесенной травмы, гангрены Фурнье или острого анаэробного парапроктита актуальными становятся вопросы кожной пластики зоны промежности у пациентов в реабилитационном периоде. Варианты выхода из сложившейся ситуации предлагают многие исследователи. Так, Б.А. Вициным предложена операция по пластике кожи мошонки и полового члена перемещенными лоскутами с внутренней поверхности бедер и передней брюшной стенки соответственно [5]. Также современными авторами разработаны различные варианты создания neoscrotum [6, 7, 8].

В данной статье предложены два варианта решения проблемы кожных дефектов промежности у пациентов после перенесенного остро-

го анаэробного парапроктита. При наличии оставшегося лоскута кожи мошонки у корня полового члена целесообразно использование данного лоскута для формирования neoscrotum. При полном же отсутствии кожи мошонки и полового члена целесообразно выполнение модифицированной операции Б.А. Вицина с установкой подкожного экспандера для последующей пластики кожи полового члена.

Заключение

Таким образом, при наличии выраженных кожных дефектов генитальной области у больных, перенесших острый анаэробный парапроктит, показана хирургическая реабилитация.

Клинические случаи представляются для публикации с согласия пациентов. В редакцию представлены письменные согласия пациентов на описание особенностей их заболевания и методов лечения, а также демонстрацию фотографий в профессиональных печатных и электронных изданиях с научной и образовательной целью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев МШ, Мансурова АБ. Острый парапроктит у больных сахарным диабетом (обзор литературы). *Колопроктология*. 2012;(1):46-51.
2. Болквадзе ЭЭ. Особенности диагностики и хирургического лечения острого анаэробного парапроктита. *Рос журн Гастроэнтерологии Гепатологии и Колопроктологии*. 2009; (3):63-69.
3. Atik B, Tan O, Ceylan K, Etlik O, Demir C. Reconstruction of wide scrotal defect using superthin groin flap. *Urology*. 2006 Aug;68(2):419-22.
4. Ayan F, Sunamak O, Paksoy SM, Polat SS, As A, Sakoglu N, et al. Fournier's gangrene: a retrospective clinical study on forty-one patients. *ANZ J Surg*. 2005 Dec;75(12):1055-58.
5. Чухриенко ДП, Люлько АВ. Атлас операций на органах мочеполовой системы. Москва, РФ: Медицина; 1972. 376 с.
6. Oufkir AA, Tazi MF, El Alami MN. The superomedial thigh flap in scrotal reconstruction: Technical steps to improve cosmetic results. *Indian J Urol*. 2013 Oct;29(4):360-62. doi: 10.4103/0970-1591.120132.
7. Lin CT, Chang SC, Chen SG1, Tzeng YS. Reconstruction of perineoscrotal defects in Fournier's gangrene with pedicle anterolateral thigh perforator flap. *ANZ J Surg*. 2016 Dec;86(12):1052-1055. doi: 10.1111/ans.12782.
8. Scaglioni MF, Chen YC, Yang JC. Posteromedial thigh (PMT) propeller flap for perineoscrotal reconstruction: A case report. *Microsurgery*. 2015 Oct;35(7):569-72. doi: 10.1002/micr.22479.

Адрес для корреспонденции

440026, Российская Федерация,
г. Пенза, ул. Красная, д. 40,
ФГБОУ ВО «Пензенский
государственный университет»,
Медицинский институт, кафедра «Хирургия».
тел. моб.: 8 902 354-04-68,
e-mail: sergatsky@bk.ru,
Сергацкий Константин Игоревич

Сведения об авторах

Сергацкий К.И., к.м.н., доцент кафедры «Хирургия» Медицинского института ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет».
Никольский В.И., д.м.н., профессор, профессор кафедры «Хирургия» Медицинского института ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет».
Полторак М.Л., к.м.н., заведующий отделением эстетической медицины ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».
Миронов М.А., заведующий урологическим отделением №2 ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Информация о статье

Поступила 25 июля 2016 г.
Принята в печать 12 декабря 2016 г.
Доступна на сайте 28 марта 2017 г.

REFERENCES

1. Abdullaev MSh, Mansurova AB. Ostryi paraproktit u bol'nykh sakharnym diabetom (obzor literatury) [Acute abscess in patients with diabetes mellitus (literature review)]. *Koloproktologiya*. 2012;(1):46-51.
2. Bolkvadze EE. Osobennosti diagnostiki i khirurgicheskogo lecheniia ostrogo anaerobnogo paraproktita [Features of diagnostics and surgical treatment of acute anaerobic abscess]. *Ros Zhurn Gastroenterologii Gepatologii i Koloproktologii*. 2009; (3):63-69.
3. Atik B, Tan O, Ceylan K, Etlik O, Demir C. Reconstruction of wide scrotal defect using superthin groin flap. *Urology*. 2006 Aug;68(2):419-22.
4. Ayan F, Sunamak O, Paksoy SM, Polat SS, As A, Sakoglu N, et al. Fournier's gangrene: a retrospective clinical study on forty-one patients. *ANZ J Surg*. 2005 Dec;75(12):1055-58.
5. Chukhrienko DP, Liul'ko AV. Atlas operatsii na organakh mocheполовой системы [Atlas of operations on the organs of the urogenital system]. Moscow, RF: Meditsina; 1972. 376 p.
6. Oufkir AA, Tazi MF, El Alami MN. The superomedial thigh flap in scrotal reconstruction: Technical steps to improve cosmetic results. *Indian J Urol*. 2013 Oct;29(4):360-62. doi: 10.4103/0970-1591.120132.
7. Lin CT, Chang SC, Chen SG1, Tzeng YS. Reconstruction of perineoscrotal defects in Fournier's gangrene with pedicle anterolateral thigh perforator flap. *ANZ J Surg*. 2016 Dec;86(12):1052-1055. doi: 10.1111/ans.12782.
8. Scaglioni MF, Chen YC, Yang JC. Posteromedial thigh (PMT) propeller flap for perineoscrotal reconstruction: A case report. *Microsurgery*. 2015 Oct;35(7):569-72. doi: 10.1002/micr.22479.

Address for correspondence

440026, Russian Federation,
Penza, Krasnaya str., 40,
FGBOU IN «Penza State University»,
Medical Institute, department of surgery,
Tel.: 8 902 354-04-68,
E-mail: sergatsky@bk.ru,
Konstantin I. Sergatsky

Information about the authors

Sergatsky K.I. PhD, Ass. Professor of department of surgery, Medical Institute of FSBEE HE «Penza State University».
Nikolsky V.I. MD, Professor of department of surgery, Medical Institute of FSBEE HE «Penza State University».
Poltorak M.L. PhD, Head of department of esthetic medicine, SBME «Penza Regional Clinical Hospital named after N.N. Burdenko».
Mironov M.A. Head of department of urology N2, SBME «Penza Regional Clinical Hospital named after N.N. Burdenko».

Article history

Received 25 July 2016
Accepted 12 December 2016
Available online 28 March 2017